

RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX ET DE RETRAITE DE L'INDUSTRIE CANADIENNE DES CONSTRUCTEURS D'ASCENSEURS

Prestation hebdomadaire d'invalidité – Déclaration du médecin traitant

PARTIE 1 : AUTORISATION DU PATIENT (à remplir par le patient, en caractères d'imprimerie)

| | | | | |
|---|---------------------|------|------|-------|
| Nom du patient : | Date de naissance : | Jour | Mois | Année |
| <p>Par la présente, j'autorise la communication à Manion Wilkins & Associates Ltd. de tout renseignement figurant dans le présent formulaire, et je comprends que Manion, Wilkins & Associates Ltd. n'utilisera ces renseignements que pour traiter ma demande de règlement. Par la présente, j'autorise Manion, Wilkins & Associates à communiquer ma demande de règlement aux fins du maintien de la couverture, de la demande de prestations d'invalidité de longue durée (ILD) et des mesures d'aménagement en vue d'un retour au travail. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valable que l'original.</p> | | | | |
| Signature du patient : | | | | Date |

PARTIE 2 : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (page 1) (à remplir par le médecin, en caractères d'imprimerie et suite à la page suivante)

| | | |
|---|--|--|
| 1. Diagnostic de l'affection actuelle (pour diagnostic psychiatrique, inclure l'EFG selon le DSM-IV) a) Primaire | Axe I _____ Axe II _____ | Axe III _____ Axe IV _____ Axe V (EFG =) _____ |
| b) Secondaire | | |
| c) Autres affections ou complications pouvant avoir une incidence sur la durée de l'absence du travail | | |
| 2. a) Veuillez décrire les symptômes : | | |
| b) Autres résultats cliniques – <u>veuillez joindre les résultats cliniques pertinents et les résultats diagnostiques récents</u> | | |
| 3. À votre connaissance a) indiquez à quel moment les premiers symptômes sont apparus ou l'accident est survenu (<i>jour, mois, année</i>) | b) le patient a eu la même affection ou une affection similaire : [] Oui [] Non Dans l'affirmative, veuillez préciser quand et fournir une description | |
| 4. L'affection est-elle [] Blessure [] Maladie [] Liée au travail [] Accident de la route [] Autre (préciser) attribuable à ce qui suit : | | |
| 5. Si la patiente est enceinte ou était enceinte, indiquez la date ou la date prévue de l'internement : (<i>jour, mois, année</i>) | | |
| 6. Date de l'hospitalisation (<i>jour, mois, année</i>) | Date du congé (<i>jour, mois, année</i>) | |
| Votre patient a-t-il été hospitalisé en raison de l'affection invalidante signalée? [] Oui [] Non | | |
| 7. Traitement Médicaments – nom, posologie et durée/date de début : _____ _____ _____ Veuillez indiquer tout autre type de traitement et sa fréquence _____ _____ Examens/tests exploratoires (type et date) : _____ _____ Interventions/interventions chirurgicales (type et date) : _____ _____ _____ | | |

| PARTIE 2 : DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (PAGE 2) | | |
|---|--|-----------------------------------|
| 8. a) Si le patient vous a été adressé par un autre médecin, veuillez indiquer le nom et les coordonnées de ce médecin. | b) Si vous avez adressé un patient à un spécialiste, indiquez le nom du ou des médecins, leur spécialité et leurs coordonnées. | |
| 9. a) Date de la première consultation durant la période actuelle d'absence du travail. (<i>jour, mois, année</i>) | b) Date de la dernière consultation. (<i>jour, mois, année</i>) | |
| c) Supervisez-vous les soins de ce patient pendant toute la période depuis l'établissement du diagnostic? <input type="checkbox"/> Non, commentaire dans les remarques <input type="checkbox"/> Oui, indiquez la fréquence des consultations : <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre (préciser) | | |
| 10. a) À votre connaissance, indiquez la période au cours de laquelle le patient a été incapable d'exercer son emploi habituel en raison de son affection actuelle. Du : (<i>jour, mois, année</i>) Au : (<i>jour, mois, année</i>) | | |
| b) Quel est le pronostic de retour au travail? (veuillez indiquer une date) (<i>jour, mois, année</i>) | | |
| 11. Veuillez indiquer comment l'affection actuelle influe sur la capacité du patient à travailler. Fournissez des renseignements détaillés sur les <u>limitations et les restrictions physiques ou cognitives</u> : | | |
| 12. Remarques – veuillez fournir des commentaires et des précisions qui, selon vous, seraient utiles. | | |
| 13. Veuillez joindre les notes cliniques de la date du début de l'invalidité à aujourd'hui. | | |
| Nom du médecin traitant (en caractères d'imprimerie) | Spécialité | N° de téléphone |
| | | N° de télécopieur |
| Adresse (numéro, rue, ville, province et code postal) | | Courriel |
| Signature | | Date (<i>jour, mois, année</i>) |

Il incombe au patient de faire remplir ce formulaire et de payer les frais associés à sa production.
 Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à votre patient.